

ZGŁOSZENIE

do Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu
Terytorialnego - edycja 2027

w ramach przeprowadzonej diagnozy potrzeb na terenie Gminy Brudzeń Duży

I. Dane uczestnika Programu:

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres:

.....

3. Telefon kontaktowy:

.....

4. Data urodzenia:

.....

5. Czy dla uczestnika Programu ustanowiony został opiekun prawny – Tak ☐ / Nie ☐

Jeżeli Tak, proszę podać jego imię i nazwisko

.....

6. Grupa/stopień niepełnosprawności:

.....

7. Jaki jest Pan(i) rodzaj niepełnosprawności:

1) dysfunkcja narządu ruchu (paraplegia, tetraplegia, hemiplegia; dziecięce porażenie mózgowe; stwardnienie rozsiane; dystrofia mięśniowa; przebyta przepuklina oponowa – rdzeniowa) ☐,

2) dysfunkcja narządu wzroku ☐,

3) zaburzenia psychiczne ☐,

4) dysfunkcje o podłożu neurologicznym ☐,

5) dysfunkcja narządu mowy i słuchu ☐,

6) pozostałe dysfunkcje, w tym intelektualne ☐,

8. Która z powyższych niepełnosprawności jest niepełnosprawnością główną:

.....

9. Czy występuje niepełnosprawność sprzężona – Tak ☐ / Nie ☐

10. Czy porusza się Pan(i):

W domu :

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

Poza miejscem zamieszkania :

1) samodzielnie ☐

2) z pomocą sprzętów ortopedycznych itp. ☐

3) nie porusza się samodzielnie ani z pomocą sprzętów ortopedycznych ☐

.....
(data i podpis osoby niepełnosprawnej/
opiekuna osoby niepełnosprawnej)